

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА В ВОКОД С ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИБРЮШНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ

Скудский М.М., Луд Н.Г., Кожар В.Л., Ерушевич А.В.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

*УЗ «Витебский областной клинический онкологический
диспансер»*

Несмотря на широкую распространённость рака желудка, разработку новых подходов к хирургическому и другим видам лечения в отдельных клиниках различных стран, исход его не улучшился за последние 30 лет. Отдалённые результаты хирургического лечения рака желудка мало утешительны, пятилетняя выживаемость по данным английских авторов остаётся на уровне 37-55 %, российских в пределах 20 – 45 %. Даже такой агрессивный подход к хирургическому лечению рака желудка, как расширенные комбинированные вмешательства, предложенные японскими авторами, оказывает влияние на отдалённые результаты лишь при поражении локорегионарных лимфатических узлов.

Представления о наличии четырёх классических путей распространения (лимфогенного, гематогенного, внутрибрюшного и путём прямого прорастания) в последние 20-30 лет дополнились новыми деталями о вариантах прогрессирования опухоли.

Гематогенное метастазирование и перитонеальные имплантационные метастазы не могут быть предотвращены с помощью РЛЭ и являются важными причинами возврата болезни. Одним из способов улучшить выживаемость больных, является дополнительное (адъювантное) применение химиотерапии. Существует множество различных схем использования химиотерапии у больных раком желудка, которые отличаются друг от друга не только набором химиопрепаратов, но и временем проведения курса, а также способом введения их в организм.

Основными причинами неудач хирургического лечения больных раком желудка, является развитие местных рецидивов и диссеминации рака по париетальной и висцеральной брюшине во время операции. Имплантационный путь метастазирования рака желудка приводит к канцероматозу брюшины у 30-40% оперированных и является одной из ведущих причин смерти этих больных. Распространение опухолевых клеток по брюшной полости в основном происходит во время хирургического вмешательства и

частота обнаружения свободных раковых клеток в брюшной полости у больных с 3-4 стадией к окончанию операции достигает 90%.

Изучение особенностей естественного развития опухоли не даёт основания полагать, что следует пользоваться каким-либо одним универсальным вариантом адьювантного лечения всех больных раком желудка. Существующие представления о путях распространения рака желудка, были получены при исследовании данных аутопсии. Дополнительная информация накоплена при повторных операциях.

Анализ метастазирования показал, что солитарное метастазирование имеет место в 38 % случаев, тогда как в остальных наблюдениях возникают множественные рецидивы опухолевого процесса.

У 54 % больных рецидив локализуется в ложе удалённого органа, в оставшейся его части, в регионарных лимфоузлах и на брюшине верхнего отдела брюшной полости. Изолированное отдалённое гематогенное метастазирование выявляется в 1/3 наблюдений, но редко отмечают при отсутствии метастазов в лимфоузлах или местном внутрибрюшинном рецидиве болезни. Примерно в 60 % наблюдений гематогенного метастазирования обнаруживают поражение печени.

Очевидно, что в большинстве наблюдений опухоль имеет субклинические метастазы или метастазирует по брюшной полости во время радикального хирургического вмешательства. Это относится и к операциям, включающим нерадикальную расширенную лимфодиссекцию. Вместе с током лимфы из пересечённых лимфатических путей опухолевые клетки оставшихся метастазов могут попадать в свободную брюшную полость. Тем самым нерадикальная лимфодиссекция может способствовать диссеминации опухолевых клеток по брюшине.

Одним из эффективных способов уменьшения вероятности возобновления опухолевого роста из свободных раковых клеток в брюшной полости теоретически является раннее применение внутрибрюшной химиотерапии.

На Второй международной конференции по внутрибрюшной химиотерапии в г. Сан-Диего (США 1988) было подчеркнuto, что при распространённых опухолях брюшной полости более анатомически адекватными является внутрибрюшной путь введения химиопрепаратов в качестве адьювантного лечения. В условиях комплексного лечения распространённых форм рака желудка с применением химиотерапевтического компонента, наиболее значимый вклад, благодаря которому в последние годы удалось добиться определённых успехов наряду с развитием агрессивных

хирургических методик, принадлежит развитию методов нетрадиционной химиотерапии, а также применение альтернативных путей введения химиопрепаратов.

Одним из основных различий в подходах к адъювантной химиотерапии является срок начала лечения после оперативного вмешательства. В большинстве стран (США, Европа) она проводится через 28-46 дней. В Японии курсы адъювантной химиотерапии начинаются интраоперационно или в раннем послеоперационном периоде. Учитывая, что период удвоения рака желудка в среднем составляет 40-80 сут., отсроченное проведение химиотерапии ограничивает терапевтический эффект.

Результаты трехлетней выживаемости были изучены И.Б.Щепотинным с соавторами (1995 г.) в трех рандомизированных группах больных. Группы по 50 человек. 1 группа - больные после радикального оперативного вмешательства, как единственного метода лечения. 2 группа - больные, которые наряду с радикальным оперативным вмешательством получили курс внутривенной химиотерапии препаратами 5-FU и Adriamycin. 3 группа - больные, которые после радикальной операции был проведен курс внутрибрюшной химиотерапии препаратами 5-FU и Adriamycin. Разовые и суммарные дозы химиопрепаратов во 2-ой и 3-ей группах больных были идентичными. При применении в послеоперационном периоде внутрибрюшной химиотерапии было отмечено достоверное увеличение выживаемости по сравнению с больными, лечившимися только хирургическим методом (на 18,7%) и больными, получившими системную химиотерапию (на 17%).

В абдоминальном отделении ВОКОД в 2002 г. радикально пролечено 22 больных раком желудка с применением внутрибрюшной химиотерапии в раннем послеоперационном периоде.

Всем пациентам выполнена гастрэктомия со спленэктомией и лимфодиссекцией в объеме R₂. Показаниями к внутрибрюшной химиотерапии являлись: прорастание опухоли серозной оболочки (T₃) или соседней структуры (T₄).

Распространенность опухолевого процесса подтверждалась интраоперационно при цитологическом и срочном гистологическом исследованиях.

Операция завершалась проведением двух полихлорвиниловых трубок в брюшную полость. Схема введения химиопрепаратов: 5-фторурацил по 1000 мг – 5, 6, 7 сутки, адриамицин по 40 мг – 8, 9 сутки после операции.

Возраст больных в исследуемой группе составил: 40–49 лет – 13,6%, 50–59 лет – 36,4%, 60–69 лет – 50%.

У 41% больных рак диагностирован в теле желудка, у 59% - злокачественная опухоль занимала 2 и более анатомических отдела желудка.

Распространенность опухолевого процесса классифицирована как II стадия у 27,3% пациентов, III стадия – у 45,4% и IV стадия – у 27,3%.

У всех больных анализируемой группы выявлен рак сниженной степени дифференцировки. Преобладала аденокарцинома низкой степени дифференцировки – 59,1% случаев; у 36,4% больных был недифференцированный рак, у 4,5% - слизистый рак.

Больные в целом удовлетворительно перенесли курс адьювантной внутрибрюшной полихимиотерапии. Не отмечено местных и общих осложнений, которые бы привели к прекращению лечения.

В анализируемой группе умерло десять пациентов в результате прогрессирования заболевания (сроки наблюдения свыше двух лет).

Наблюдение и анализ результатов лечения исследуемой группы пациентов продолжается.